

申請書記入例(裏面)

I 上限負担月額に関する認定
 下記の区分の適用を申請します。
 (あてはまるものに○をつける。いずれもあてはまらない場合は空欄とすること。)

1. 生活保護受給世帯
 2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者
 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。
 ① 利用者本人の合計所得金額及び、障害基礎年金等の収入が80万円以下の者
 ② ①以外の者

3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者

II 医療型個別減免に関する認定
 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)
---	------------------------------------

III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)
 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
 (注)対象施設は介護給付の対象となる入所施設(障害者支援施設)

<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)
---	----------------------------------

IV グループホームへ入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)
 市町村民税非課税世帯又は生活保護世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。

V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定
 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置 補足給付の特例措置)を申請します。
 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明が必要になります。

VI 多子軽減措置に関する認定
 下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつける。)

1. 第2子に該当する者
 2. 第3子以降に該当する者 ※在園証明等が必要となる場合があります。

主治医 (※)	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

※ 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合記入してください。

届出者	区 分	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
	(フリガナ)		
	氏 名		申請者との関係
	住 所	〒 — —	電話番号 — —

⑪ 所得区分認定

サービス利用者本人が18歳以上のときは、申請者及び配偶者の市町村民税の課税状況や生活保護受給の有無に応じて、該当する1~3に○をつけてください。
 サービス利用者本人が18歳未満のときは、申請者(障害児の保護者)の属する世帯の課税状況や生活保護受給の有無に応じて、該当する1~3に○をつけてください。

⑫ 医療型個別減免(療養介護利用者のみ)

「I 所得区分認定」で2に該当する方で、減免申請される方は1か2に○をつけ年齢を記入してください。
 なお、その際、申請者の収入額等のわかる書類が必要です。

⑬ 特定障害者特別給付費

20歳以上の施設入所者で、かつ「I 所得区分認定」で1又は2に該当する方、又は20歳未満の施設入所者で、施設利用に係る食費・光熱水費の実費負担の軽減を申請される方は1か2に○をつけてください。なお、その際、申請者(20歳未満の場合、監護する者)の収入額等のわかる書類が必要です。

共同生活援助(グループホーム)利用者で、かつ「I 所得区分認定」で1又は2に該当する方で、施設利用に係る家賃の実費負担の軽減を申請される方はチェックしてください。

⑭ 生活保護への移行予防措置

障害福祉サービス等利用に伴う利用者負担を負担することで生活保護の受給対象となる場合に、生活保護の適用対象でなくなるまで負担上限月額区分を下げる制度です。
 ※減免認定を希望される方は事前に地区担当ケースワーカーまでご相談ください

⑮ 多子軽減措置

障害児通所支援を利用している就学前児童と同じ世帯に、認可保育所等に通っている就学前児童(兄・姉)がいる場合で、利用者負担の軽減を希望する方は1か2に○をつけてください。
 ※別途、通園証明書が必要です。(既に提出されている方は不要です。)

⑯ 主治医 ①の申請理由で「継続」チェックした場合、記入不要です。

障害支援(程度)区分の認定がない方で新たに介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に必要となりますので、主治医の氏名等を記入してください。

⑰ 届出者

申請者本人以外にチェックをされた方のみ住所・氏名等を記入してください。